



Solicitud Programa de Subsidios para Guardería (Child Care Subsidy Program, CCSP)

Para procesar su solicitud, por favor use tinta negra, envíe la solicitud llenada y firmada junto con una copia de toda la documentación requerida, listada a continuación. Las solicitudes incompletas tardarán más para procesarse. Los pagos de los Subsidios para Guardería a los proveedores de cuidado de niños se efectuarán por los servicios de guardería prestados entre la fecha de inicio y la fecha de finalización de la carta de asignación.

Documentación necesaria: Para todos los adultos del hogar a cargo de niños (incluidos cónyuge, pareja, etc.)

- Prueba de ciudadanía de los **niños** (acta de nacimiento (copia expedida por el estado), pasaporte, documentos de inmigración o naturalización) *las tarjetas de Seguro Social **no** se aceptan como prueba de ciudadanía.
- Prueba de residencia (licencia de conducir, contrato de alquiler, estado de cuenta de la hipoteca, facturas de servicios públicos (electricidad, agua, gas) * la factura de Internet no se acepta como prueba de residencia.
- Calendario escolar oficial para los padres (si corresponde) con la carta de asignación de ayuda económica y la factura de la escuela
- Verificación de ingresos
 - Recibos de nómina (4 últimas semanas); o
 - Hoja de información sobre el empleo; o
 - (si trabaja por cuenta propia) La última declaración de impuestos al Servicio de Rentas Internas (Internal Revenue Service, IRS) (o) la última declaración mensual de ganancias y pérdidas
- Ingreso no devengado (si procede)
 - Carta de asignación del Seguro Social
 - Estado de cuenta de pensiones/jubilaciones
 - Pensión alimentaria
 - Manutención de menores (orden judicial, custodia conjunta, derechos y responsabilidades de los padres)
 - Carta de asignación de ayuda económica
 - Beneficios militares
- Documentación de necesidades especiales determinadas por un profesional calificado (si procede)

Si tiene alguna pregunta sobre este programa o su solicitud, póngase en contacto con el:

**Departamento de Salud y Servicios Humanos
Oficina de Servicios para Niños y Familias
Programa de Subsidios para Guardería
2 Anthony Avenue
11 State House Station
Augusta, ME 04333-0011
Correo electrónico: CCSP.DHHS@Maine.gov**



ESTADO DE MAINE
DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
Oficina de Servicios para Niños y Familias
Solicitud al Programa de Subsidios para Guardería

SECCIÓN 1: Información del solicitante			
1. Nombre del solicitante principal:		Fecha de nacimiento:	
Dirección de correo electrónico:		Últimos cuatro números del Seguro Social #:	
Teléfono:		Teléfono móvil:	
Sexo:	Idioma principal:	Raza:	
Origen hispano o latino: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Necesita traductor? <input type="checkbox"/>			
¿Es usted un tutor legal designado por un tribunal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (en caso afirmativo, adjunte prueba de la tutela legal)			
2. Domicilio:			
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado:
3. Dirección postal: (si es diferente de la anterior)			
Dirección postal/apartado de correos:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado:
SECCIÓN 2: Miembro(s) adicional(s) del hogar, incluidos los niños			
4. Nombre:		Fecha de nacimiento:	
¿Es usted ciudadano estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (en caso afirmativo, adjunte la prueba)		Número de Seguro Social:	
Sexo:	Idioma principal:	Raza:	
Origen hispano o latino: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Parentesco con el solicitante:		
5. Nombre:		Fecha de nacimiento:	
¿Es usted ciudadano estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (en caso afirmativo, adjunte la prueba)		Número de Seguro Social:	
Sexo:	Idioma principal:	Raza:	
Origen hispano o latino: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Parentesco con el solicitante:		
6. Nombre:		Fecha de nacimiento:	
¿Es usted ciudadano estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (en caso afirmativo, adjunte la prueba)		Número de Seguro Social:	
Sexo:	Idioma principal:	Raza:	
Origen hispano o latino: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Parentesco con el solicitante:		
7. Nombre:		Fecha de nacimiento:	
¿Es usted ciudadano estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (en caso afirmativo, adjunte la prueba)		Número de Seguro Social:	
Sexo:	Idioma principal:	Raza:	
Origen hispano o latino: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Parentesco con el solicitante:		

SECCIÓN 3: Preguntas	
8.	¿Todos los adultos de la familia están trabajando o asistiendo a un programa de educación/capacitación laboral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9.	¿Se trata de un hogar con dos progenitores en el que un adulto trabaja o asiste a un programa de educación/capacitación laboral y el otro tiene una discapacidad documentada por la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA) con una nota del médico que indica que la discapacidad le impide cuidar a los niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (en caso afirmativo, adjunte la documentación)
10.	¿Se ha puesto a un niño bajo la tutela legal de una persona que ha alcanzado la edad jubilatoria, según lo definido por el Seguro Social? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11.	¿Tiene activos iguales o superiores a \$1,000,000? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12.	¿Actualmente se encuentra sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
13.	¿Recibe asistencia para vivienda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
14.	¿Ha recibido TANF en los últimos doce (12) meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
15.	Indique si actualmente: <input type="checkbox"/> es miembro de la Unidad de la Guardia Nacional <input type="checkbox"/> es miembro de la Unidad de Reserva Militar <input type="checkbox"/> está en servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos
16.	¿Tiene una afiliación tribal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

SECCIÓN 4: Niños con necesidades especiales	
17.	¿Los niños que requieren cuidados tienen alguna necesidad especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (en caso afirmativo, adjunte la documentación)
<p>Un niño con necesidades especiales se refiere a: A) un niño de hasta trece (13) años de edad, al cual un profesional calificado ha diagnosticado una discapacidad, en los términos del artículo 602 de la Ley de Educación para Personas con Discapacidad (20 U.S.C. 1401); cumple los requisitos para recibir servicios de intervención temprana en los términos del apartado C de la Ley de Educación para Personas con Discapacidad (20 U.S.C. 1431 et seq.); cumple los requisitos para recibir servicios en los términos del artículo 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 (29 U.S.C. 794); cumple con la definición de discapacidad de la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA) (P.L. 110-325); se considera en riesgo de desarrollar problemas de salud y/o del desarrollo como resultado de factores de riesgo ambientales identificados, incluidos, entre otros, la falta de hogar, abuso y/o negligencia, intoxicación por plomo y exposición prenatal a drogas o alcohol; y/o B) un niño de entre trece (13) y dieciocho (18) años de edad, que es física o mentalmente incapaz de cuidarse a sí mismo, o que está bajo supervisión judicial</p>	

SECCIÓN 5: Información de padre ausente <input type="checkbox"/> No aplicable	
En caso de que la respuesta a las siguientes preguntas sea "Sí", adjunte documentación	
18.	¿Tiene derechos/responsabilidades de padres compartidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
19.	¿Tiene una sentencia judicial que ordene la custodia compartida/conjunta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
20.	¿Está recibiendo manutención por orden judicial o de forma voluntaria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

<p>Programa educativo se refiere a un programa que se requiere para obtener un diploma de secundaria, Examen de Equivalencia de Estudios Secundarios (High School Equivalency Test, HISET) u otro examen de equivalencia de estudios secundarios aprobado por el Departamento; programa vocacional aprobado por el Departamento; o programa universitario posterior a la secundaria en el cual el padre esté acumulando créditos para obtener un título universitario; u otro programa educativo aprobado por el Departamento. Los padres que asisten a programas educativos de posgrado o de doctorado no cumplen los requisitos para recibir el Subsidio para Guardería.</p>		
<p>*Por favor, liste y adjunte documentación sobre los programas de educación/capacitación laboral de todos los adultos del hogar que sean estudiantes. Para cada estudiante: proporcione el horario de clases oficial actual que muestre el nombre de la institución, el nombre del estudiante, los días/las horas de clase, las fechas del semestre y las horas crédito, la carta de ayuda económica y la factura de la institución*</p>		
21. Estudiante #1 Nombre de la institución:		
Título:	Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
Fecha de inicio del próximo semestre:	Fecha prevista de graduación:	
Tiempo de traslado necesario por día (viaje de ida y vuelta de la guardería a la escuela, en horas):		
22. Estudiante #2 - Nombre de la escuela:		
Título:	Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
Fecha de inicio del próximo semestre:	Fecha prevista de graduación:	
Tiempo de traslado necesario por día (viaje de ida y vuelta de la guardería a la escuela, en horas):		

SECCIÓN 6: Empleo **No aplicable**

Por favor, envíe la información de empleo de todos los adultos en el hogar. Presente los últimos (4) recibos de nómina semanales de todos los adultos que trabajan o una hoja de información de empleo. Las personas que trabajan por cuenta propia deben presentar una copia de la última declaración de impuestos o declaración mensual más reciente de pérdidas y ganancias. Por favor, proporcione todas las fuentes de ingreso no salarial. Si los adultos tienen más de dos empleos, adjunte una hoja aparte con toda la información que se indica a continuación para cada puesto adicional, además de toda la documentación de respaldo arriba mencionada

23. Trabajo #1 – Tradicional Autónimo Estacional Per diem

Nombre del empleado: _____ Cargo: _____

Nombre del empleador: _____ Teléfono del trabajo: _____

Fecha de contratación/inicio: _____ Tiempo de traslado (ida), trabajo a la guardería en horas: _____

Horario laboral: (ejemplo: De 8.00 a 17.00 h) *Nota: Si su horario varía, indique su horario de trabajo de las últimas cuatro (4) semanas*

Fechas de inicio/fin de la semana (mm/dd/año. – mm/dd/año)	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Horas totales

24. Trabajo #2 – Tradicional Autónimo Estacional Per diem

Nombre del empleado: _____ Cargo: _____

Nombre del empleador: _____ Teléfono del trabajo: _____

Fecha de contratación/inicio: _____ Tiempo de traslado, trabajo a la guardería en horas: _____

Horario laboral: (ejemplo: De 8.00 a 17.00 h) *Nota: Si su horario varía, indique su horario de trabajo de las últimas cuatro (4) semanas*

Fechas de inicio/fin de la semana (mm/dd/año. – mm/dd/año)	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Horas totales

INFORMACIÓN

Si desea información sobre las evaluaciones de desarrollo, por favor vaya al siguiente enlace:
<https://www.cdc.gov/ncbddd/childdevelopment/screening.html>

Firma requerida: firme, ponga la fecha y devuelva el formulario

Certifico, bajo pena de perjurio, que la información suministrada es verdadera, a mi leal saber y entender. Entiendo que esta información será proporcionada al Departamento de Salud y Servicios Humanos para su uso en la administración de este programa. Autorizo a la agencia a verificar esta información por cualquier medio necesario. Acepto notificar a la agencia en un plazo de diez (10) días todo cese del trabajo o asistencia a un programa educativo o de capacitación laboral y/o cambio de proveedor de guardería. **El Departamento puede demorar hasta 30 días para revisar la solicitud.**

Firma del solicitante principal: _____ (La firma mecanografiada no se acepta) Fecha: _____
 Firma del que prepara el formulario: _____ Fecha: _____

Hoja de información del empleador

Por favor, solicite a su supervisor o al personal de Recursos Humanos que llene el formulario

Empleador responsable de llenar el formulario

No aplicable

1. Nombre del empleador:

2. Nombre del empleado:

3. Sueldo/salario por hora:

4. Fecha de contratación:

5. ¿Incluye el horario una pausa de 30 minutos no remunerada?

6. ¿Se le paga semanal, quincenal o mensualmente?

Horario de trabajo del empleado: (ejemplo: 8 a. m. – 5 p. m.)

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Total de horas

Nota: Si el horario del empleado varía, indique el horario de trabajo de las últimas cuatro (4) semanas. Si el empleado no ha estado trabajando durante cuatro (4) semanas completas, por favor calcule las horas previstas para las semanas restantes

Fechas de inicio/fin de semana (mm/dd/año. – mm/dd/año)	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Total de horas

Certifico, bajo pena de perjurio, que la información suministrada es verdadera, a mi leal saber y entender.

Nombre del supervisor/personal de Recursos Humanos (letra imprenta): _____

Firma del supervisor/personal de recursos humanos: _____ Fecha: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Teléfono: _____



ESTADO DE MAINE
DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
Oficina de Servicios para Niños y Familias

Programa de Subsidios para Guardería – Hoja informativa para proveedores de Guardería

Por favor, solicite a su proveedor de guardería que llene este formulario

Proveedor de guardería responsable de llenar el formulario

1. Nombre del padre o la madre:

2. Nombre(s) del(de los) niño(s):

3. ¿Cuándo espera que el niño asista a su programa?

Información del proveedor

1. Nombre de la empresa:

2. ¿Cuál es el nivel de pasos de QRIS?

3. Nombre de la persona de contacto:

4. Número de teléfono:

5. Dirección:

6. Dirección de correo electrónico:

7. ¿Participa actualmente en el Sistema de Evaluación y Mejoramiento de la Calidad de Maine? Sí no

8. Tipo de proveedor: (seleccione a continuación)

Con licencia Número de licencia:

Proveedor exento de licencia *** El trámite de verificación de antecedentes puede demorar hasta 45 días***
Se le enviará documentación adicional que deberá llenar

- Debe tener 18 años y no puede residir en la misma dirección que el(los) niño(s); y.
- Solo puede cuidar dos (2) niños, como máximo
- Debe ser residente de Maine por 6 meses

Marque una de las opciones:

En el hogar del proveedor : No emparentado Emparentado(indique el parentesco)

En el hogar del niño : No emparentado Emparentado (indique el parentesco)

Programa para edad escolar/recreativo

Al firmar a continuación, usted reconoce que el Programa de Subsidios para Guardería no paga retroactivamente y que el padre o la madre es responsable de todos los pagos hasta que reciba una carta de asignación. Si usted es un nuevo proveedor del Programa de Subsidios para Guardería recibirá documentación adicional que debe llenar.

Nombre del proveedor (letra imprenta): _____ Idioma de preferencia: _____

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____

***Firma requerida: firme, ponga la fecha y devuelva el formulario a la siguiente dirección:**

Departamento de Salud y Servicios Humanos
Oficina de Servicios para Niños y Familias
Programa de Subsidios para Guardería
2 Anthony Avenue
11 State House Station
Augusta, ME 04333-0011

Tel.: (207) 624-7999

Fax: (207) 287-6308

Teléfono gratuito: 1-877-680-5866

711 (retransmisión de Maine) para usuarios de TTY

Correo electrónico: CCSP.DHHS@Maine.gov